

MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE) es ofrecido por MCS Advantage, Inc.

Aviso anual de cambios para 2019

Usted está actualmente inscrito como miembro de MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué debe hacer ahora

I. PREGUNTE: Cuáles cambios le aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que usted utiliza?
 - Examine las secciones I.1 y I.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Examine los cambios de nuestra cobertura de medicamentos con receta en este manual para ver si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos con receta serán cubiertos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos para utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos cubiertos del 2019 y busque en la sección I.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta.
 - Puede que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos registros destacan cuáles fabricantes han estado aumentando sus precios, y muestran también otra información sobre el precio de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

Verifique si sus médicos y demás proveedores serán parte de nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos están en nuestra red?
- ¿Qué sucede con los hospitales y demás proveedores que usted utiliza?
- Busque en la sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias.

Considere sus costos médicos en general.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza regularmente?
- ¿Cuánto gastará en sus primas y deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare?

Considere si usted está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca acerca de otras opciones de planes

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Utilice la función de búsqueda personalizada del buscador de planes de Medicare en <https://es.medicare.gov>. Haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos".
- Revise la lista en la parte posterior de su manual Medicare y Usted.
- Busque en la sección 4.2 para conocer más acerca de sus opciones.

Una vez que haga su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ESCOJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE), no tiene que hacer nada. Usted permanecerá en MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE).
- Si desea **cambiar a un plan distinto** que mejor cubra sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre ahora y el 31 de diciembre. Revise la sección 4.2, página 18 para conocer más acerca de sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre ahora y el **31 de diciembre de 2018**.

- Si usted **no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, usted permanecerá en MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE).
- Si usted **se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el primer día del próximo mes.
- A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Consulte la sección 5, página 19 para obtener más información.

Recursos adicionales

- Esta información se encuentra disponible gratis en Inglés y Español.
- Por favor, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (Libre de cargos) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Nuestros horarios son de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra agrandada, Braille y audio CD. Por favor, llame a nuestro Centro de Llamadas a los números de teléfono mencionados anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Por favor, visite el sitio web del Servicio de Recaudación Interna (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sobre MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE)

- MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare y con un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Puerto Rico para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este folleto dice “nosotros,” “nos” o “nuestro/a,” hace referencia a MCS Advantage, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE).

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y los costos de 2019 para MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso anual de cambios** y revisar la Evidencia de cobertura o Resumen de beneficios para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección I.I para obtener más detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 por visita</p>
<p>Estadías como paciente internado en un hospital</p> <p>Incluye servicios de hospitalización aguda, rehabilitación, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios al paciente hospitalizado. El cuidado al paciente internado en un hospital comienza el día en que es oficialmente admitido en un hospital mediante una orden médica. El día antes en que es dado de alta es su último día como paciente internado.</p>	\$0 por cada estadía intrahospitalaria.	\$0 por cada estadía intrahospitalaria.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$0 • Nivel de medicamentos 4: \$0 • Nivel de medicamentos 5: \$0 • Nivel de medicamentos 6: \$0 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$0 • Nivel de medicamentos 4: \$0 • Nivel de medicamentos 5: \$0 • Nivel de medicamentos 6: \$0
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos para los servicios cubiertos por las Partes A y B.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos para los servicios cubiertos por las Partes A y B.</p>

Aviso anual de cambios para 2019

Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2019	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año.....	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	9
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cambios a sus beneficios de Medicaid.....	17
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir.....	17
Sección 4.1 - Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE).....	17
Sección 4.2 - Si desea cambiar de plan	18
SECCIÓN 5 Para cambiar de plan.....	19
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	19
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	20
SECCIÓN 8 ¿Preguntas?	21
Sección 8.1 - Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE)	21
Sección 8.2 - Cómo recibir ayuda de Medicare	21
Sección 8.3 - Cómo recibir ayuda de Medicaid.....	22

SECCIÓN I Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que sea pagada por Medicaid).	\$0	\$0
Reducción a la prima de la Parte B (Su prima de la Parte B se reducirá mensualmente según la cantidad que se muestra en esta línea.)	\$31	\$35

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B por el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo que pagan de su bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos para los servicios cubiertos por las Partes A y B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$3,400</p>	<p style="text-align: center;">\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.mcsciclassicare.com se encuentra disponible un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que durante el año podemos realizar cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proveamos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para hacerle llegar un aviso con al menos 30 días de anticipación para indicarle que su proveedor está dejando su plan. De esta manera, tendrá tiempo para escoger un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor cualificado para que continúe atendiendo sus necesidades de salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar y colaboraremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no le hemos conseguido un proveedor cualificado para reemplazar su proveedor anterior, o que su cuidado no es atendido apropiadamente, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista deja el plan, por favor comuníquese con nosotros para ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que maneje su cuidado.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.mcsciclassicare.com, se encuentra disponible un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor, revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*. Una copia separada de la *Evidencia de cobertura* se le enviará por correo, si la solicita.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios auditivos	\$300 cada año - límite de cubierta del plan para audífono(s) - para ambos oídos.	\$325 cada año - límite de cubierta del plan para audífono(s) - para ambos oídos.
Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	Artículos <u>no</u> incluidos en la Guía OTC.	<p>La lista de artículos fuera del recetario incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pañales para adultos • Protectores desechables (“underpads”) • Monitor de presión arterial (Un monitor de presión arterial por año póliza) <p>Vea su Evidencia de cobertura y la Guía de Artículos fuera del recetario para información sobre las reglas del plan y para la lista completa de los artículos cubiertos.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención de la vista	\$200 cada año - límite de cubierta para artículos de la vista.	\$225 cada año - límite de cubierta para artículos de la vista.
Terapia de Ejercicios Supervisados	<u>No</u> está incluido en la Evidencia de cobertura.	<p>Usted paga un copago de \$0 para la Terapia de Ejercicios Supervisados cubierta por Medicare.</p> <p>Los servicios de Terapia de Ejercicios Supervisados (SET, por sus siglas en inglés) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare; miembros que padecen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés) y que tienen un referido por PAD emitido por un médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Puede requerir referido de su PCP y puede requerir preautorización.</p>
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Los medicamentos de la Parte B <u>no</u> están sujetos a requisitos de terapia escalonada.	<p>Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p> <p>La terapia escalonada es un tipo de autorización previa para medicamentos recetados que fomenta el probar la terapia farmacológica más preferida para una condición médica, progresando a otras</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		<p>terapias solo si es necesario, para promover mejores decisiones clínicas.</p> <p>Para obtener más información acerca de la terapia escalonada, consulte su Evidencia de cobertura o comuníquese con el plan para detalles.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se provee una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Exhortamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a nuestro Centro de Llamadas.
- **Trabajar con un médico (o persona que recete) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a nuestro Centro de Llamadas y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos, se nos requiere que cubramos un suministro temporal de un medicamento que está fuera del formulario en los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros

90 días de su membresía para evitar una interrupción en su terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si usted tiene una excepción al formulario o una excepción al nivel de costo compartido de medicamentos durante el año contrato actual, se le requerirá que solicite una excepción para esos medicamentos para el próximo año, siempre y cuando estos medicamentos se mantengan fuera de los formularios y/o en el mismo nivel de costo compartido. MCS Classicare le permitirá obtener los medicamentos a través del proceso de excepción para el año contrato actual, comenzando el día en que su excepción fue aprobada.

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos son nuevos al principio de cada año. Durante el año, sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Al comenzar el 2019, podríamos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si, a la misma vez, lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo al mismo nivel de costo compartido o más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, al añadir el medicamento genérico nuevo, podemos tomar la decisión de mantener el medicamento de marca en la lista de medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente, o añadir nuevas restricciones. Esto significa que si usted está tomando el medicamento de marca que se reemplaza por el medicamento genérico nuevo (o el nivel o la restricción del medicamento de marca cambian), dejará de recibir una notificación sobre el cambio a los 60 días antes de que lo efectuemos, u obtener una repetición de su medicamento de marca por 60 días en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún obtendrá información sobre el cambio específico que efectuemos, pero puede que la reciba después de que el cambio se haya realizado.

Además, comenzando en 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año en nuestra lista de medicamentos que nos requiera proveerle una notificación por adelantado si usted se encuentra tomando un medicamento—, le proveeremos un aviso de 30 días, en lugar de 60 días, antes de que realicemos el cambio. O le daremos una repetición de 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Al realizar estos cambios en la lista de medicamentos durante el año, puede todavía gestionar con su médico (o la persona que le ordena sus recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Continuaremos también actualizando nuestra lista de medicamentos en línea tal como está programado y proveer cualquier otra información requerida para reflejar los cambios de medicamentos. (Para conocer más acerca de los cambios que podemos hacer en la lista de medicamentos, vea la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 6).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.**

Existen cuatro etapas de “pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa I: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura*:

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos para cuidado especial: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). El límite de esta etapa no aplica a los beneficiarios de Medicaid 100, 110, 120 y 130.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos para cuidado especial: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). El límite de esta etapa no aplica a los beneficiarios de Medicaid 100, 110, 120 y 130.</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica


La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son las otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas cuyos costos de medicamentos son altos.

La mayoría de los miembros no llegan a cualquiera de estas etapas.

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Para obtener más información sobre los cambios mencionados en esta sección, refiérase a su *Evidencia de cobertura*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
 Vacunaciones	Vacunas contra la gripe, una vez al año en otoño o invierno	Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe, en otoño e invierno. Usted también recibe vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias.

SECCIÓN 3 Cambios a sus beneficios de Medicaid

Para obtener más información sobre los cambios mencionados en esta sección, refiérase a su *Resumen de beneficios y/o Evidencia de cobertura*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Registro de Condiciones Especiales</p> <p>Si usted es diagnosticado(a) con ciertas condiciones crónicas o especiales, puede acceder al médico que le brinda tratamiento y servicios relacionados sin necesidad de un referido de su PCP.</p> <p>Recuerde que su PCP, en colaboración con el especialista en el tratamiento, debe solicitarnos que le incluyamos en el Registro de Condiciones Especiales antes de obtener los servicios sin referido.</p>	<p>La hipertensión pulmonar <u>no</u> está incluida en el Registro de Condiciones Especiales.</p>	<p>La hipertensión pulmonar <u>se incluirá</u> en el Registro de Condiciones Especiales.</p> <p>Por favor refiérase a las secciones 2.2 y 2.3 de su Evidencia de cobertura para más detalles.</p>

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 - Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE)

Para seguir inscrito en nuestro plan no será necesario que tome acción. Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Medicare Original, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 4.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el 2019, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en cualquier momento,
- – O-- puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare y Usted 2019*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, MCS Advantage, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un **plan de salud diferente de Medicare**, inscribese en un nuevo plan. Su inscripción en MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe elegir una de las siguientes opciones:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con nuestro Centro de Llamadas (en la Sección 8.1 de este folleto).
 - –O—póngase en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted cambia a Medicare Original y **no** se afilia a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede afiliarlo a un plan de medicamentos a menos que haya decidido no aceptar la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, las que tienen o van a cancelar su cobertura del empleador, y las que se muden fuera del área de servicio se les puede permitir hacer un cambio en otras épocas del año. A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta el plan que escogió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Puerto Rico el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud al 1-877-725-4300 (Área Metropolitana), 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) ó al 1-800-981-7735 (Área de Ponce). Puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud en su sitio web (www.oppea.pr.gov).

Para preguntas sobre sus beneficios de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud, contacte la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud a través del 787-641-4224 (libre de cargos), 787-625-6955 (usuarios de TTY) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Pregunte si al afiliarse a otro plan o al volver a Medicare Original pudiera afectar cómo obtiene la cubierta de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud.

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la "Ayuda Adicional", también llamada Subvención de Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted califica, usted no tiene una brecha de cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame al:
 - I-800-MEDICARE (I-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al I-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Administración del Seguro Social al I-800-772-1213 de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al I-800-325-0778 (solicitudes) o
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda de costos compartidos de recetas para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que los individuos elegibles a ADAP y que viven con VIH/ SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y el estado de VIH, de bajos ingresos según lo definido por el Estado y no asegurados /estado sub asegurados. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la prescripción de asistencia de costo compartido a través del Programa de Asistencia de Seguro de Salud (HIAP, por sus siglas en inglés) - Programa Ryan White Parte B / Programa ADAP - Departamento de Salud de Puerto Rico. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud (HIAP, por sus siglas en inglés) - Programa Ryan White Parte B / Programa ADAP – Departamento de Salud de Puerto Rico al 787-765-2929, exts. 5106, 5136 ó 5137.

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1 - Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Solo los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-627-8182). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2019* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2019 para MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Una copia separada de la *Evidencia de cobertura* se le enviará por correo, si la solicita.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores y Farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 8.2 - Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea Medicare y Usted 2019

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2019*. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 8.3 - Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar a la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud al 787-641-4224. Los usuarios de TTY deben llamar al 787-625-6955.